

# SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS

## Año Escolar 2016-2017

Este Formulario para la Solicitud de Beneficios Educativos para Programas de Fondos Estatales y Federales para las Escuelas es proporcionado a pedido de las familias con niños que asisten a escuelas del Distrito 279.



**¡IMPORTANTE!  
¡POR FAVOR  
LEER!**

### **LAS SOLICITUDES POR INTERNET**

son la manera más rápida y fácil de completar una solicitud y recibir cartas de aprobación.

- Reciba comidas escolares nutritivas para sus hijos gratis o a precio reducido
- Ayude a que su escuela reciba fondos educativos o descuentos

**HAY DOS FORMAS DE APLICAR** para recibir las comidas escolares gratis o a precio reducido:

- 1) Complete la Solicitud para Beneficios Educativos adjunta siguiendo las instrucciones de esta hoja.
- 2) Por Internet en <http://www.district279.org>

Las solicitudes incompletas, difíciles de leer o incorrectas resultarán en la demora de beneficios. Hasta que su solicitud sea procesada, usted deberá proveer el almuerzo para su(s) hijo(s) o darles dinero para comprar las comidas escolares.

Esta información sobre comidas escolares gratis o a precio reducido está disponible en español. Visite el sitio Web [www.district279.org](http://www.district279.org) para imprimir una copia.

Otros formularios multilingües están disponibles en:  
<http://www.fns.usda.gov/cnd/FRP/frp.process.htm>

Al completar esta solicitud, por favor utilice estas formas COMO REFERENCIA SOLAMENTE.

Complete y entregue la Solicitud para Beneficios Educativos en:  
Osseo School District Office, School Nutrition Department  
11200 93rd Avenue North  
Maple Grove, MN 55369-6605

OSSEO AREA SCHOOLS

ISD  279

Todas las Escuelas del Área de Osseo - ISD 279 – participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares donde se sirven comidas nutritivas todos los días. El desayuno será ofrecido en: Basswood, Birch Grove, Crest View, Edinbrook, Elm Creek, Fair Oaks, Garden City, Oak View, Palmer Lake, Park Brook, Rice Lake, Weaver Lake, Woodland, Zanewood, Brooklyn Middle, Maple Grove Middle, Osseo Middle, North View Middle, Maple Grove Senior High, Osseo Senior High, Park Center Senior High, Osseo Area Learning Center and Osseo Education Center-Achieve.

Todas las comidas servidas reúnen los estándares nutritivos establecidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Si un niño fue diagnosticado como discapacitado por un médico y esa discapacidad previene que el niño se alimente con comida regular, nosotros haremos modificaciones o sustituciones prescritas por el médico sin un costo adicional. Por favor pida a su médico que llene el formulario disponible en el Distrito 279 visitando la página Web [www.district279.org](http://www.district279.org).

Sus hijos pueden calificar para recibir comida escolar gratis o a un precio reducido. Para solicitarlo, complete la Solicitud adjunta siguiendo las instrucciones. Una solicitud nueva debe ser sometida cada año. En las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela a calificar para recibir fondos educativos y descuentos.

Fondos estatales ayudan a pagar por las comidas escolares de precio reducido, de esta manera todos los estudiantes que son aprobados para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido, recibirán comidas escolares sin costo alguno. Fondos estatales también ayudan a pagar por el desayuno de los estudiantes de jardín (kindergarten), entonces todos los estudiantes de jardín recibirán el desayuno sin costo alguno.

**1. ¿Quién puede recibir comidas escolares gratis?** Los niños que residen en hogares que participan en el programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o en el Programa de Distribución de Alimentos para Reservaciones de Americanos Nativos (FDPIR), también los niños que residen en hogares temporarios (foster homes), sin vivienda, emigrantes y niños fugados pueden recibir comidas escolares sin tener que reportar el ingreso familiar. Además, los niños también pueden recibir comidas escolares gratuitas si el ingreso familiar está dentro del ingreso máximo de acuerdo al tamaño de su familia.

**2. Si yo recibo WIC, ¿pueden mis hijos recibir comidas escolares gratis?** Los niños en hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comidas escolares gratuitas. Por favor llene una solicitud.

**3. ¿Puedo llenar una solicitud aunque un miembro de mi familia no sea ciudadano americano?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos Americanos para calificar para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido.

**4. ¿A quién debo incluir como miembro de mi hogar?** Inclúyase a sí mismo y a todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (tales como abuelos, otros parientes, o amigos).

**5. ¿Qué sucede si mis ingresos no son siempre los mismos?** Anote la cantidad que usted recibe usualmente. Si usted generalmente trabaja horas extras, inclúyalo, pero no es necesario si usted trabaja horas extras de vez en cuando.

**6. ¿Será verificada la información que yo proporcione?** Sí, y podríamos solicitar que nos proporcione prueba escrita de los ingresos, asistencia pública o estatutos de niño en hogar provisorio.

**7. ¿Cómo se guardará la información?** La información que usted proporcione en los formularios, y la aprobación de su hijo para los beneficios de comidas escolares, serán protegidas de manera confidencial. El estatus de su hijo para los beneficios de comidas escolares puede ser compartido con otros programas de nutrición, educación y salud que ofrecen beneficios basados en la aprobación de comidas escolares – para mayor información vea la parte trasera de esta Solicitud para Beneficios Educativos. Háganos saber si usted no quiere que su información sea compartida para obtener beneficios de otros programas.

**Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 763-391-7129, entre las 7:00 AM y el mediodía.**

## \*ACTUALIZACIÓN SOBRE LA LECHE ESCOLAR

NOTA: Los niños que hayan sido aprobados para recibir comida escolar GRATIS/ PRECIO REDUCIDO y elijan traer comida de su hogar (en lugar de comer el desayuno/almuerzo hecho en la escuela) no son elegibles para recibir leche "Gratis" ese día. LA LECHE GRATIS SOLO ESTÁ DISPONIBLE SI EL NIÑO COME EL DESAYUNO/ALMUERZO PROVEIDO A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE COMIDAS ESCOLARES.

Los programas escolares de desayuno/almuerzo requieren que se sirva la leche líquida como uno de los componentes de los grupos de alimentos básicos. Se ofrecerá leche de bajo contenido graso, sin crema, y leche descremada con sabor.

Para los estudiantes que sufren de intolerancia a la lactosa, ofreceremos leche de bajo contenido en lactosa una vez que hayamos recibido por escrito una petición por parte de un padre o tutor. La intolerancia a la lactosa no deber ser confundida con las alergias alimentarias. La USDA requiere que aquellos estudiantes que sufren de una reacción alérgica a la leche proporcionen una declaración médica firmada si quieren recibir una bebida sustituta.

## 2016-2017 PRECIOS DE ALMUERZO/DESAYUNO ESCOLAR

Almuerzo de Primaria "Pagado" . . . .	\$ 2.55
Almuerzo de Secundaria "Pagado" . .	\$ 2.70
Almuerzo de Preparatoria "Pagado" .	\$ 2.85
Almuerzo "Reducido". . . . .	\$ .00

Desayuno de Primaria "Pagado" . . . .	\$ 1.55
Desayuno de Secundaria "Pagado" .	\$ 1.60
Leches. . . . .	\$ .50*

# 2016 - 2017 ISD 279 ESCUELAS PÚBLICAS DEL ÁREA DE OSSEO ISD 279 Solicitud para Beneficios Educativos

DATE RECEIVED

FAVOR DE LEER TODAS LAS INSTRUCCIONES. COMPLETAR SÓLO UNA SOLICITUD POR FAMILIA

**1** Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), MFIP, o Beneficios FDIR Si usted recibe ahora beneficios de Apoyo de Alimentos (SNAP), MFIP, o FDIR, escriba su número de CASO. NO SU NÚMERO DE ASISTENCIA MÉDICA

**2** Si sus hijos están aprobados para recibir beneficios de comidas escolares, es posible que esta información sea compartida con los programas de Cuidados de Salud de Minnesota para identificar a los niños elegibles para Programas de Cuidados de Salud de Minnesota. Vea las instrucciones para mayor información. Deje la casilla en blanco para permitirnos compartir la información. No es necesario que comparta esta información, su decisión no afectará que aprobemos los beneficios de comidas escolares.

No compartir mi información con los programas de Cuidados de Salud de Minnesota

**3** **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:** Escriba la fecha de nacimiento, apellido y nombre, junto con el grado y la escuela de CADA ESTUDIANTE en el hogar que asista a las Escuelas del Área de Osseo ISD 279. Favor de incluir cualquier ingreso que el estudiante reciba en la columna de Ingresos Mensuales del Estudiante

Sólo para Uso del Centro de Nutricion	Fecha de Nacimiento	Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Grado	Escuela	SALARIO:	Frecuencia?
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M

**4** **TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: NO INCLUYA A LOS ESTUDIANTES ANOTADOS ARRIBA.** Indique frecuencia del ingreso (M = Mensual, W = Semanal, 2W = Cada dos semanas, 2M = Cada dos meses) marcando el círculo apropiado

Apellido y Nombre de cada persona que vive en el hogar. NO INCLUYA A LOS ESTUDIANTES DE ARRIBA	Ingreso total de su trabajo. No ponga sus ingresos por hora. Ingreso antes de deducciones (no el pago que lleva a casa).	Granja o Auto-Empleo. Ingreso Neto después de los gastos del negocio.	Pagos Recibidos por Asistencia Pública, Pension por los hijos, Pension conyugal	Otros Ingresos: Pensión, retiro, discapacidad, desempleo, beneficios para Veteranos, etc.
Apellido, Nombre	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
Apellido, Nombre	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
Apellido, Nombre	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
Apellido, Nombre	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
Apellido, Nombre	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
Apellido, Nombre	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$

**FIRMA:** Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 4 es llenada, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social. Escriba el número o marque la casilla de "NO TENGO SSN". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad al dorso de esta página.)

**7** Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social del Adulto

NO TENGO SSN:

**CERTIFICACIÓN:** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y todos los ingresos son reportados. Comprendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que he dado y comprendo que las autoridades escolares pueden verificar la información. Comprendo que si doy información incorrecta a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser demandado.

**8** **FIRMA REQUERIDA**

X

Escriba su nombre y apellido en las casillas de abajo.

**5** **ESCRIBA EL NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE SU HOGAR.** Esta cantidad de nombres debe ser igual al número de nombres de las Partes 3 y 4.

N O M B R E

**6** Dirección

A P E L L I D O

Ciudad Estado Código Postal Teléfono del Hogar Apt #

**IF REPRODUCED, THIS APPLICATION WILL NOT WORK IN SOFTWARE**

FECHA FIRMADO

MM DD YY

**IDENTIDAD RACIAL (Opcional)**  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro-Norteamericano  Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacifico  Blanco **IDENTIDAD ÉTNICA (Opcional)** Favor de marcar una  De Origen Latino o Hispano  No Hispano o de Origen Latino

# SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS/COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO - AÑO ESCOLAR 2016/2017

**CÓMO LLENAR ESTA SOLICITUD – FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE, TINTA NEGRA Y LETRA MAYÚSCULA. COMPLETE UNA SOLICITUD POR CADA HOGAR.**

**PARTE 1** Escriba el número de caso si recibe el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), el Plan de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), el Programa de Distribución Alimenticia en Reservaciones de Americanos Nativos (FDPIR) en el espacio proporcionado.

**PARTE 2** Compartiendo la Información con Programas de Cuidados de Salud de Minnesota – Los niños que califiquen para recibir beneficios para comidas escolares pueden también calificar para Programas de Cuidados de Salud de Minnesota. El estatus de elegibilidad de sus hijos para alimentos escolares (alimentos gratuitos o a precio reducido) puede ser compartido con los Programas de Cuidados de Salud de Minnesota a menos que usted nos diga lo contrario. No es necesario que usted comparta esta información para este propósito y su decisión no afectará la aprobación de los beneficios para los alimentos escolares.

**PARTE 3** Escriba la fecha de nacimiento, apellido, nombre, grado, escuela e ingresos de cada estudiante inscrito en la escuela. Los ingresos a reportar incluyen el sueldo del estudiante, salario y el SSI del estudiante. Escriba "0" si no recibe un ingreso.

**PARTE 4** Escriba el apellido y nombre de TODAS las personas que viven en su hogar, pero NO incluya el nombre de los estudiantes de la PARTE 3. Hogar se refiere al grupo de personas, ya sean parientes o no, que viven y actúan como una unidad económica compartiendo gastos tales como: renta, ropa, comida, cuentas médicas, y facturas de servicios. Si el individuo no tiene ingresos, usted debe escribir una X en la casilla junto al nombre de ese individuo. Escriba la frecuencia y el ingreso ANTES DE LAS DEDUCCIONES en la columna apropiada. Si el ingreso es "0", favor de explicar cómo se provee de comida y vivienda.

**PARTE 5** Sume la cantidad total de personas que viven en su hogar anotadas en las Partes 3 y 4 y escriba ese número.

**PARTE 6** Escriba su dirección y número de teléfono.

**PARTE 7** El adulto llenando la solicitud debe ingresar su número de Seguridad Social. Si usted no tiene un número de Seguridad Social, ponga una X en la casilla proporcionada.

**PARTE 8** El adulto llenando la solicitud debe FIRMAR la solicitud y escribir su nombre y la fecha.

## IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Por favor proporcione la siguiente información, la cual es utilizada para determinar la conformidad de la institución con respecto a las leyes de los derechos civiles. Si la información es dejada en blanco, un representante de la institución deberá identificar la categoría étnica y racial de los participantes para los reportes de los derechos civiles.

## LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS, DIFÍCILES DE LEER, O INCORRECTAS DEMORARÁN LA ENTREGA DE BENEFICIOS.

**AVISO:** Si usted actualmente es parte del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), Sustento de Alimentos (SNAP), MFIP, o FDPIR, su(s) hijo(s) inscrito(s) puede(n) calificar para comidas gratis. La Asistencia Médica no califica.

**SOLICITANDO BENEFICIOS:** Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no califica ahora pero su ingreso decrece, usted pierde su trabajo, el tamaño de su familia crece, o usted califica para beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR, usted puede completar una solicitud en ese momento.

**SIN DISCRIMINACIÓN:** Los niños que reciben comidas gratis o a precio reducido deben ser tratados de la misma manera que aquellos niños quienes pagan por sus comidas.

**VERIFICACIÓN:** Si usted somete una solicitud y es aprobada, la solicitud debe ser verificada por el distrito y/o el Departamento de Educación de MN en cualquier momento durante el año escolar. Los oficiales escolares pueden pedir documentación para demostrar que su(s) hijo(s) califica(n) para recibir comidas gratis o a precio reducido. El estatus de elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratis o a precio reducido puede ser verificado con cualquier información disponible para este propósito, incluyendo información del Departamento de Seguridad Económica, Departamento de Hacienda, y Servicios Humanos de MN.

**NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:** La solicitud debe tener el número de seguridad social del adulto que firma. Esto es requerido por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares. Si el adulto no tiene un número de seguridad social, marque la casilla proporcionada para mostrar que el adulto no tiene un Número de Seguridad Social. Si tiene un número de caso de Estampillas de Alimentos, MFIP o FDPIR, o si la solicitud es para un niño en hogar temporario, no es necesario un Número de Seguridad Social.

**DECLARACIÓN DEL ACTA DE PRIVACIDAD/ CÓMO SERÁ UTILIZADA LA INFORMACIÓN:** El Acta Nacional de Almuerzos Escolares requiere que el miembro familiar que firma la solicitud debe proveer los últimos cuatro dígitos de su Número de Social a menos que se provea un número activo de asistencia al niño en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones de Americanos Nativos (FDPIR), o que usted esté presentando una solicitud para un niño en un hogar temporario (foster child), o que usted no tenga un Número de Seguridad Social. Suministrar un número de Seguridad Social no es obligatorio, pero si un número de Seguridad Social no es proporcionado o no se indica que la persona que firma la solicitud no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada.

Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para programas de administración y cumplimiento de almuerzos y desayunos. Puede que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarlos a evaluar, recaudar fondos, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de programas.

En los distritos públicos escolares, el estatus de elegibilidad de cada estudiante es registrado en un sistema computarizado a nivel estatal utilizado para reportar información al Departamento de Educación de Minnesota como lo requiere la ley estatal. El Departamento de Educación de Minnesota usa esta información para: (1) administrar programas estatales y federales; (2) calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas y, (3) juzgar la calidad del programa educativo del estado.

**AUDIENCIA JUSTA:** Usted puede hablar con las autoridades de la escuela si usted no está de acuerdo con la decisión sobre su solicitud o los resultados de la verificación. Usted también puede pedir una audiencia justa. Puede hacer esto al llamar o escribir a: Tom Pellegrino, 11200 93rd Avenue North, Maple Grove, MN 55369, (763) 391-7064.

## INGRESO DE REPORTAR

Ingresos de Trabajo	Incluya el salario total, propinas recibidas de su trabajo antes de deducir los impuestos u otras deducciones. Incluya su ingreso neto si tiene su propio negocio, guardería o granja.
Ingresos de asistencia social, manutención de hijos, y pensión alimenticia:	Incluya el monto total recibido de asistencia pública, manutención de hijos, asistencia de adopción, y pensión alimenticia.
Ingreso de jubilación, seguridad social y discapacidad:	Incluya el monto total recibido de pensión, beneficios de jubilación, pagos a los veteranos, seguridad social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), y discapacidad.
Ingresos por otros recursos:	Incluya el monto total recibido de otras fuentes incluyendo: retiros de cuentas de ahorro en efectivo; ingresos de rentas; ingresos por seguro de desempleo; contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; intereses; dividendos; ingresos de patrimonios, fideicomisos, regalías, anualidades, e inversiones.

Solicitudes incompletas, difíciles de leer o incorrectas demorarán los beneficios. Hasta que su solicitud sea procesada, usted deberá proporcionar a su(s) hijo(s) de un almuerzo o darle(s) dinero para comprar el almuerzo de la escuela.

**POR FAVOR PERMITA 10 DÍAS HÁBILES PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD.** Nosotros lo notificaremos por escrito sobre su estatus (gratis, reducido, o denegado). Si usted tiene preguntas, por favor llame al Centro de Nutrición al (763) 391-7129 – los días escolares desde las 7:00 a.m. hasta el mediodía.

**No podemos aceptar copias de Fax. Por favor envíe el original.** Los programas de Nutrición Infantil le dirán cuando su solicitud haya sido aprobada para recibir comidas gratis o a precio reducido o si es denegada. No enviamos por fax cartas de elegibilidad debido a confidencialidad.

**GUÍA DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS:**  
Use la gráfica de ingresos de abajo para ver si usted califica para el programa de comida gratis o a precio. Efectivo el 1 de julio, 2016, al 30 de junio, 2017

Household Size	Annual	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$21,978	\$1,832	\$916	\$846	\$423
2	\$29,637	\$2,470	\$1,235	\$1,140	\$570
3	\$37,296	\$3,108	\$1,554	\$1,435	\$718
4	\$44,955	\$3,747	\$1,874	\$1,730	\$865
5	\$52,614	\$4,385	\$2,193	\$2,024	\$1,012
6	\$60,273	\$5,023	\$2,512	\$2,319	\$1,160
7	\$67,931	\$5,663	\$2,832	\$2,614	\$1,307
8	\$75,590	\$6,304	\$3,152	\$2,910	\$1,455
For each additional family member add:					
	\$7,696	\$642	\$321	\$296	\$148

"El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes basados en su raza, color, nacionalidad, origen, edad, discapacidad, sexo, identidad sexual, religión y donde fuera aplicable creencias políticas, estado civil, estatus familiar o parental, orientación sexual, o si todo o parte del ingreso de un individuo es derivado de cualquier programa de asistencia pública o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducida o fundada por el Departamento (No todas las bases de prohibición aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja de discriminación al programa de Derechos Civiles, complete el Formulario del Programa Queja por Discriminación de USDA, que puede ser hallado en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar un formulario. Usted también puede escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja completa por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax: (202) 690-7442 o email a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Los individuos que sean sordos, con dificultad auditiva o que tengan discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del "Federal Relay Service" al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades."